N° 58.

DES ÉPANCHEMENS PURULENS DANS L'INTÉRIEUR DE LA POITRINE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 8 avril 1819, pour obtenir le grade de Docteur en médecine,

PAR PIERRE-JOSEPH MATHIEU, né à Saint-Martin, Département de la Dordogne;

Interne à l'Hôtel-Dieu de Paris; Elève de l'Ecole pratique.

Conserver et réparer est presque aussi beau que faire.
VOLTAIRE.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.
1819.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LEROUX, Doyen.
M. BOURDIER.
M. BOYER.
M. CHAUSSIER.
M. CORVISART.
M. DEYEUX.
M. DUBOIS
M. HALLÉ.
M. LALLEMENT.
M. PELLETAN.
M. PERCY.
M. PINEL.
M. RICHARD.
M. THILLAYE.
M. DES GENETTES.
M. DUMERIL.
M. DE JUSSIEU.
M. RICHERAND, *Examinateur.*
M. VAUQUELIN.
M. DESORMEAUX, *Examinateur.*
M. DUPUYTREN, *Examinateur.*
M. MOREAU, *Examinateur.*
M. ROYER-COLLARD.
M. BÉCLARD, *Président.*
M. MARJOLIN, *Examinateur.*
M. ORFILA.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON ONCLE,

M. PLUCHARD,

MON MEILLEUR AMI.

Comme une faible marque de reconnaissance pour les grands et importans services qu'il n'a cessé de me rendre.

A

MONSIEUR ARNAUD,

Propriétaire de l'ancien dépôt des eaux minérales naturelles à Paris.

Permettez-moi, mon cher parent, de vous témoigner ici ma reconnaissance pour toutes les bontés que vous avez eues pour moi, et pour l'amitié dont vous m'honorez.

P. J. MATHIEU.

DES

ÉPANCHEMENS PURULENS

DANS L'INTÉRIEUR

DE LA POITRINE.

Nous comprenons sous ce titre des collections de matière purulente rassemblées en foyer dans l'intérieur des plèvres, à l'extérieur de ces membranes, ou dans la cavité du péricarde.

Quoique ces épanchemens, pris en général, ne soient que l'effet d'une lésion de tissu ou la terminaison d'une inflammation, et que par conséquent leur histoire se trouve liée à celle de ces affections, ils n'en méritent pas moins, par leur importance, d'être considérés comme s'ils étaient réellement maladie essentielle ; et c'est ainsi que les ont considérés *Sauvages*, *Cullen*, et plus récemment M. *Baumes*, qui en ont fait des genres ou des variétés de genre dans leur classification des maladies.

§. I. *Épanchemens purulens dans la cavité des plèvres.*

Ces épanchemens peuvent dépendre de la pleurésie, qui, parvenue à un très-haut degré d'intensité, s'est terminée par une exhalation

de matière séro-purulente ou puriforme, analogue et même identique au pus du phlegmon. Ils peuvent aussi, dans quelques cas rares, être déterminés par l'évacuation dans la plèvre d'abcès formés dans les parois thoraciques ou dans quelque organe environnant. Presque tous les traités de pneumonie font, à ce sujet, mention des abcès du poumon (ou vomiques) : mais on révoquera en doute cette cause d'épanchement, 1.° parce qu'il n'est pas bien prouvé aujourd'hui que ces prétendues vomiques, ou abcès enkystés du poumon, existent, et qu'il est arrivé qu'on a pris souvent pour tels des tubercules en suppuration dans le parenchyme pulmonaire, ou des foyers purulens de la plèvre, avec une disposition particulière, que M. *Bayle* a très-bien décrite ; 2.° on se refusera aussi à les admettre, si on a égard à la remarque de *Bichat*, qui le premier a bien observé que le pus ne se rassemble jamais en foyer dans la pneumonie, mais se dissémine dans tout l'organe ; 3.° enfin, en supposant même, dit M. *Boyer*, qu'un foyer purulent pût se former dans le parenchyme du poumon, le gonflement et la phlogose qui précèdent suffiraient pour faire contracter aux deux feuillets de la plèvre voisine des adhérences de pression ; en sorte que le pus, en se dirigeant du centre vers la circonférence, devrait nécessairement se porter au-dehors. Cette opinion, que M. *Boyer* a émise dans ses leçons cliniques, ne doit subir qu'un petit nombre d'exceptions, puisqu'on ne connaît que deux ou trois exemples authentiques qui prouvent que les choses peuvent se passer autrement. M. *Béclard*, que j'ai l'honneur d'avoir pour président de ma thèse, en a observé un cas à la Pitié ; il a bien voulu me permettre de l'insérer ici.

Le nommé Pospischil (Jean), Saxon, âgé de trente-quatre ans, très-blond, peau blanche, ressentit, à l'âge de vingt ans, des tiraillemens douloureux dans les membres, qui furent suivis, au bout de quelques mois, d'une paralysie de la main droite. Après quelque temps de l'emploi des bains émolliens, la main reprit sa force et ses mouvemens naturels. A vingt-trois ans il eut un chancre sur

le prépuce et deux bubons, suite d'une infection vénérienne. Après quinze doses de liqueur de *Van-Swiéten*, les symptômes de la maladie siphilitique disparurent complètement; il prit encore quinze autres doses du même médicament, fit usage de bains tièdes, et fut réputé guéri. Trois ans après, mêmes douleurs dans les membres qu'à vingt ans. Elles furent attribuées au virus vénérien, et traitées comme telles pendant six semaines. Elles augmentèrent sous l'influence de ce traitement, et s'étendirent du bras gauche à l'épaule et à tout le côté gauche. Les tégumens qui recouvraient ces parties devinrent tuméfiés et douloureux. M. *Cullerier*, qui avait administré le premier traitement, ayant été consulté, assura que la maladie n'était pas de nature vénérienne, mais bien rhumatismale, et conseilla les sudorifiques et les bains de vapeur. Le malade, au lieu de suivre cet avis, se mit successivement entre les mains de plusieurs hommes de l'art inexpérimentés, qui tous administrèrent le traitement antivénérien différemment modifié. Les souffrances s'exaspérèrent, les gencives s'affectèrent, les dents furent ébranlées, il y eut salivation abondante. Le coude du côté gauche devint très-gonflé et incapable d'exécuter des mouvemens; bientôt après le genou gauche, et enfin il survint un dévoiement que rien ne pouvait arrêter. C'est dans cet état déplorable que le malade, après plusieurs années de l'emploi de ces mauvais traitemens, se présenta à un certain M. *Pigeon*, chirurgien dans le département de l'Oise. Celui-ci proscrivit tout médicament antisiphilitique, et se borna à administrer les adoucissans à l'intérieur, les potions gommeuses et opiacées, les bains généraux narcotiques, les fomentations de même nature sur les articulations affectées. Les douleurs ne tardèrent pas à diminuer, le dévoiement cessa, l'enflure de l'épaule et du côté gauche disparut, et, lorsqu'il ne resta plus que le gonflement du coude et du genou gauche, avec absence de douleurs, de larges cautères furent appliqués, avec la potasse caustique, sur les parties tuméfiées. Le malade fut de mieux en mieux, et tout présageait une guérison sûre, lorsque la mort enleva M. *Pigeon*. Ce traitement fut

interrompu ; on lui en substitua un autre qui donna de nouveau le dévoiement et rappela toutes les douleurs. Le malade, qui n'avait cessé d'habiter la campagne pendant l'administration de ces divers traitemens, vint à Paris, et entra dans plusieurs hôpitaux, tels que l'Hôtel-Dieu, Saint-Louis, la Pitié. Il fut reçu dans celui-ci le 31 d'auguste 1816. Après être resté dix-huit mois dans les salles de médecine, il passa dans celles de chirurgie, parce qu'il lui était venu une tumeur au dos. (Mois de mars 1818.) Cette tumeur était située entre l'omoplate et l'épine du dos; elle était molle, fluctuante, du volume du poing, indolente, sans changement de couleur à la peau. En même temps douleur dans le dos, augmentant par l'extension du tronc, n'obligeant pas cependant le malade à rester couché, n'occasionnant pas de déviation de la colonne vertébrale, ni de paralysie des organes situés au-dessous. Quelquefois douleur vive dans les muscles du côté gauche de la poitrine, et surtout dans les intervalles des quatrième et cinquième côtes. Le dévoiement persistait toujours, et ne pouvait être arrêté que par l'opium pris à haute dose. Du reste, pas de toux, respiration libre, poitrine résonnant bien à droite et à gauche. Après plusieurs applications de moxas au dos, le long des gouttières vertébrales, qui avoisinaient la tumeur, et qui ne l'empêchèrent pas de s'accroître, M. *Béclard*, qui regardait la tumeur comme un abcès symptomatique, se décida à pratiquer une ponction avec un bistouri étroit, après avoir tiré la peau en bas pour détruire le parallélisme des ouvertures externe et interne. Il s'écoula par l'ouverture une quantité considérable de pus grumeleux, épais, sans odeur. L'ouverture, fermée avec un emplâtre agglutinatif, se cicatrisa promptement. Le malade éprouva un soulagement marqué; la respiration devint plus facile, les douleurs de côté moindres, le mouvement fébrile moins marqué : mais ce mieux ne fut pas de longue durée (cinq ou six jours). La fièvre hectique survint, et s'accompagna d'accès de toux comme convulsifs. La percussion, exercée encore pour la seconde fois, indiquait que tout était sain dans cette cavité. Après une seconde ponction et

une nouvelle augmentation de la tumeur, on vit celle-ci s'affaisser presque tout à coup, la respiration devenir difficile, le décubitus se faire sur le côté gauche, la douleur de ce même côté plus vive, plus générale, la toux sèche, plus fréquente, la percussion donnant un son de plus en plus mat. Dès ce moment, la petite ouverture du dos ne donna plus issue qu'à une petite quantité de pus séreux, floconneux, qui acquit, au bout d'un certain temps, une odeur fétide, malgré les précautions qu'on prenait pour empêcher l'entrée de l'air dans le foyer. A chaque effort de toux il sortait par la plaie une certaine quantité de liquide purulent, qui était aussitôt remplacée par une quantité d'air égale en volume. La douleur du côté gauche, quoique peu intense, continua; la respiration devint de plus en plus gênée, la toux plus fréquente. Le malade éprouva des frissons irréguliers, des chaleurs et des sueurs partielles et passagères, une sécheresse habituelle de la peau; il perdit rapidement ses forces et son embonpoint, et tomba dans le marasme. Enfin, après trois mois d'une fièvre hectique combattue par les toniques légers et quelques analeptiques appropriés à son état, la mort survint (22 mai 1818). Dans les derniers jours il n'y avait plus au dos qu'un suintement séreux, un peu sanguinolent parfois.

Autopsie. Corps amacié, large foyer de pus dans le côte gauche du dos, entre les muscles rhomboïde, trapèze, grand dorsal et grand dentelé, d'une part; et la face externe des côtes et les espaces intercostaux depuis la troisième jusqu'à la sixième inclusivement, d'autre part; tapissé par une membrane muqueuse accidentelle, piquetée de vaisseaux sanguins; traversé par des vaisseaux et des nerfs; contenant une certaine quantité de pus séro-sanguinolent très-fétide, ainsi que des flocons albumineux très-nombreux. Usure par la carie de la troisième côte entre son angle et sa tubérosité, intéressant principalement le bord inférieur, qui est mince et tranchant, et taillé en biseau de dehors en dedans; au-dessous ouverture

circulaire de la grandeur d'un franc dans l'espace intercostal ; destruction du périoste de la quatrième côte, et usure superficielle de l'os au même endroit que la précédente. Autre ouverture plus petite au troisième espace intercostal, de même forme que la précédente. Cavité gauche du thorax remplie par une grande quantité de pus séreux très-fétide, tapissé par des fausses membranes ; plèvre granulée, épaissie dans un grand nombre de points, amincie au pourtour de l'ouverture, et se confondant en cet endroit avec le tissu cellulaire environnant ; le poumon du côté opposé était sain. On ne rencontra de remarquable dans l'abdomen que des ulcérations nombreuses dans l'intestin grêle, surtout vers sa terminaison, et des traces d'entérite dans plusieurs points. L'estomac était sain.

Cette observation nous semble démontrer d'une manière positive que les abcès qui se portent du dehors au-dedans de la poitrine peuvent s'ouvrir dans la cavité de la membrane séreuse avant ou sans que les deux feuillets de cette membrane aient contracté des adhérences. Je sais bien qu'on pourra objecter qu'il est très-possible que la plèvre se soit trouvée remplie par un fluide quelconque lorsque l'abcès est venu à proéminer dans la cavité, de sorte que l'adhérence des deux surfaces séreuses est devenue tout-à-fait impossible. Mais cette objection tombe d'elle-même, si on fait attention que, dans le cas rapporté, le son avait toujours été net, aussi sonore que celui du côté sain ; que ce n'est qu'au moment où l'épanchement s'est fait que le son est devenu tout à coup mat, la respiration plus difficile ; en un mot, qu'on a observé tous les symptômes qui accompagnent ces sortes d'épanchemens. Ce qui démontre évidemment pour nous que la cavité gauche était libre lorsque l'épanchement s'est fait.

Symptômes. Ils se tirent de l'état antérieur du malade et de sa situation présente ; ainsi on redoutera un épanchement purulent dans la cavité des plèvres :

1.° Lorsqu'à la suite d'une pleurésie aiguë mal traitée, ou entravée dans sa marche par un concours de circonstances fâcheuses, il ne s'est pas opéré de crise favorable par les crachats, les sueurs, les urines.

2.° On aura plus de présomption encore, si, après un état apparent de convalescence de courte durée, il est survenu de fréquentes horripilations accompagnées d'un pouls petit, fréquent, irrégulier, présentant des exacerbations tous les soirs; si la respiration est devenue tout à coup plus courte et plus difficile qu'à l'ordinaire, avec toux sèche et incommode; si la douleur de côté, de circonscrite et d'aiguë qu'elle était, est devenue obtuse et plus étendue.

3.° Enfin, on aura presque la certitude que l'épanchement est formé, si le malade, qui avait l'habitude de se coucher indifféremment sur l'un et l'autre côté, ne peut plus sans gêne ou menace de suffocation reposer que sur le côté malade; si, en se retournant dans son lit, ou en se balançant, il entend le flot d'un liquide intérieur. Ce symptôme de l'épanchement, qui doit être assez rare, n'avait point échappé au père de la médecine, puisqu'il recommande de faire asseoir le malade sur un siége solide, de lui faire tenir le bras par un aide, et de faire tirer dessus, afin de communiquer au tronc un mouvement de balancement, et partant, au liquide intérieur, d'où doit résulter un petit bruit particulier. *B. Bell*, enchérissant sur le précepte donné par *Hippocrate*, veut que l'on saisisse le malade par les épaules et qu'on le secoue fortement, afin de rendre plus sensible le flot du liquide. Ces méthodes fatigantes, incertaines et dangereuses, surtout la dernière, sont aujourd'hui tout-à-fait abandonnées et remplacées avantageusement par celle d'*Awenbrugger*, que M. *Corvisart* a surtout contribué à propager parmi nous. C'est ainsi que, lorsqu'en percutant la poitrine, on obtient un son clair dans tous les points, on est presqu'en droit de conclure qu'il n'y a pas de liquide épanché, au moins en grande quantité, tandis que l'absence du son

prouve jusqu'à l'évidence qu'il existe derrière le lieu percuté autre chose qu'un poumon sain : mais qui pourra nous apprendre que cet obstacle à la propagation du son est plutôt solide que liquide ? Ce sera le souvenir du passé comparé à l'état actuel du malade : ainsi les progrès lents, mais continus d'une douleur de côté fixée toujours dans le même point, l'absence des signes d'une pneumonie chronique, ou leur coïncidence avec ceux de la pleurésie, dont ils semblent être l'effet ou la complication, feront attribuer, non sans beaucoup de vraisemblance, le son obtus à la présence d'un liquide dans la plèvre. Je vais plus loin ; on sera en droit de conclure que le poumon est revenu sur lui-même et réduit à un très-petit volume, puisqu'un léger épanchement n'empêche pas la propagation du son, si d'ailleurs le tissu du poumon est sain. Enfin, dit M. *Corvisart*, « lorsqu'on a une grande habi-« tude de percuter, on sent au bout des doigts je ne sais quelle « sensation qui avertit quelquefois si c'est un solide ou un liquide « qui est contenu dans la cavité de la poitrine. »

Mais il s'en faut de beaucoup que l'on trouve réunis tous ces signes chez le même individu : la plupart sont trop difficiles à saisir, ou manquent absolument. Les plus concluans même peuvent induire en erreur. *Ledran* (Observ. 32) cite l'histoire d'un malade qui n'avait d'autres signes d'un épanchement purulent dans la poitrine qu'un sentiment de fluctuation lorsqu'il se retournait. On voulut attendre d'autres signe avant de se décider à l'opération ; il n'en parut aucun : le malade n'éprouvait d'oppression que lorsqu'il était assis ; il se couchait également des deux côtés, sans éprouver beaucoup de gêne dans la respiration. Il mourut le huitième jour : on trouva cinq pintes de pus épanché dans la poitrine. Le cas le plus embarrassant pour le diagnostic est celui où des gaz développés dans le côté malade le rendent aussi sonore, souvent même plus sonore que le côté sain. M. *Itard*, dans une dissertation qui présente beaucoup d'intérêt, en a fourni plusieurs exemples, (*Voy.* Essai sur le pneumo-thorax, Collect. in-8°. des Thèses de la Faculté de médecine de Paris, an XI, n.°.).

Le prognostic est fâcheux, parce que la nature agit ici avec désavantage, parce que ses efforts sont au-dessous de ses besoins, et qu'elle est loin d'offrir cette énergie qu'elle déploie dans les maladies aiguës : *natura in morbis chronicis non habet methodum tam efficacem, quâ materiam morbificam ejiciat, perindè atque ni acutis.* (Sydenham). Il lui faut donc des ressources extraordinaires ; et lorsqu'elles lui manquent, on voit la maladie cheminer vers son terme fatal. En général, le prognostic sera d'autant plus mauvais que l'épanchement sera plus ancien, plus considérable, comme lorsque tout un côté de la plèvre est rempli, le poumon étant réduit à un très-petit volume, atrophié et tuberculeux, lorsqu'il existe des complications graves. Quoi qu'il en soit, voici de quelle manière se comportent ces collections purulentes, lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes : Elles se terminent de plusieurs manières : 1.° le pus peut se porter au dehors ; 2.° se diriger du côté des bronches ; 3.° il peut être résorbé, et des adhérences s'établir entre les deux feuillets de la plèvre affectée. D'autres fois, et c'est le plus ordinaire, la nature ne paraît faire aucun effort pour s'en débarrasser, et le malade est voué tôt ou tard à une mort certaine.

1.° Lorsque le pus doit se porter au-dehors, il se manifeste sur un des points de la circonférence du thorax une tumeur d'abord pâteuse, ensuite fluctuante, qui s'ouvre et donne issue aux fluides purulens. Ceux-ci, après un certain temps, cessent de couler, et les malades guérissent ; ou bien l'ouverture se ferme ; et il se manifeste aussitôt dans le même point, ou dans un autre, une nouvelle tumeur qui s'ouvre comme la première ; ce qui peut se répéter ainsi plusieurs fois. Dans tous les cas, la plèvre est surexcitée dans ce point, amincie et perforée, pour permettre au pus de se porter au-dehors, en traversant successivement, et de proche en proche, les muscles intercostaux internes et externes, les autres plans musculeux qui peuvent se trouver dans le voisinage, et la peau. Si l'ouverture reste fistuleuse, l'intérieur du trajet s'organise,

et il s'y forme un tissu accidentel qui a l'aspect des membranes muqueuses.

2.° Quelquefois les fluides purulens accumulés dans l'intérieur de la plèvre, au lieu de se porter du centre vers la circonférence, se dirigent vers la substance pulmonaire, s'y fraient une issue jusqu'à la première ramification bronchique, et sont rendus par l'expectoration. Les procédés qu'emploie la nature pour cette heureuse fin sont aussi simples qu'admirables ; ils consistent, d'après M. *Bayle*, en un canal droit et court, lisse et parfaitement arrondi, sans sinuosité qui puisse favoriser le séjour de la matière purulente à son intérieur, tapissé par une membrane muqueuse accidentelle qui se continue avec celle des bronches, et prévient l'infiltration du pus dans le tissu cellulaire voisin. Malgré ces dispositions bienfaisantes, il est rare que les malades échappent : presque toujours ils périssent à la longue d'épuisement, ou de ce qu'une maladie aiguë est venue compliquer la maladie chronique de la plèvre. Néanmoins n'est il pas évident, à la vue d'une pareille organisation, que la nature tendait au malheureux une main secourable, et qu'il ne lui a souvent manqué qu'une meilleure constitution pour revenir tôt ou tard à la santé ?

3.° Nous avons admis la terminaison par adhérence des parois du foyer entre elles, après que la matière purulente a été résorbée, dans les cas seulement ou le fluide épanché est en petite quantité, et renfermé dans une sorte de kyste, car, lorsque toute la plèvre a été remplie de fluides purulens, et le poumon réduit à son plus petit volume, on ne conçoit pas ce qui pourrait remédier à un pareil désordre ; et, en supposant même qu'il fût borné aux fausses membranes et à l'épanchement, serait-il possible de procurer la résorption de ces corps étrangers, le développement du poumon, et l'adhérence des deux feuillets de la plèvre, sans cesse en jeu l'un sur l'autre par les mouvemens de l'organe de la respiration ? On ne conçoit pas non plus de quelle utilité pourrait être, dans ce cas particulier, l'opération de l'empyème. En effet, elle ne

procurera jamais que l'écoulement des fluides séro-purulens ; et que deviendront les fausses membranes, et cette matière caséiforme, résultat de la décomposition de l'exsudation albumineuse ? Est-il certain que ces différens produits de l'inflammation puissent être résorbés ? Et tant qu'ils ne le seront pas, ne formeront-ils pas obstacle à l'adhérence des deux feuillets de la plèvre ? Mais quoiqu'un pareil désordre ne nous paraisse pas susceptible de guérison, il ne faut cependant pas le regarder comme tellement incompatible avec l'état de vie, que les malades ne puissent malgré cela prolonger pendant fort long-temps leur carrière.

Si l'épanchement, au lieu d'occuper toute la cavité de la plèvre, le poumon étant réduit à son plus petit volume, n'a envahi qu'une portion de la cavité de cette membrane, il peut, dans quelques cas rares, être susceptible de guérison ; néanmoins, comme il arrive le plus souvent que les malades meurent pendant qu'ils sont en voie de guérison, par le développement de quelque autre maladie, on a pu, pour me servir d'une expression heureuse de Fontenelle, prendre la nature sur le fait, et observer les procédés admirables qu'elle emploie pour notre conservation. Les fluides purulens, lorsqu'ils n'occupent qu'une partie de la cavité de la plèvre, sont enveloppés d'un kyste formé aux dépens de l'exhalation albumineuse. Ce kyste, d'abord inorganique, finit en s'éloignant du moment de sa formation par revêtir tous les caractères des tissus organisés, et même participer à leurs altérations diverses, squirrheuses, tuberculeuses, et autres. A une époque plus avancée encore de sa formation, l'absorption lui enlève une partie de ses élémens ; et lorsque le liquide et les flocons albumineux renfermés dans son intérieur ont disparu par le même mécanisme, les parois du kyste se rapprochent, et contractent des adhérences intimes et solides qui complètent la guérison.

Si la maladie ne se termine pas de la manière que nous venons d'indiquer, les malades doivent succomber nécessairement. Quant à l'époque, elle varie suivant l'étendue, les progrès et les complica-

tions de la maladie ; suivant l'âge, les saisons de l'année, etc. *Nonnulli brevi quidem pereunt; quidam verò etiam multum tempus trahunt; differt enim corpus à corpore, ætas ab ætate, affectio ab affectione, et animi tempestas ab animi tempestate in quâ agrotarint,* a dit *Hippocrate.* (*De morbis.*)

La guérison ne pouvant se faire que par l'adhérence des parois du foyer qui contiennent les fluides séro-purulens, il s'ensuit que le traitement consiste moins à évacuer ces fluides qu'à mettre la plèvre dans les conditions nécessaires pour contracter des adhérences. Ce n'est même que parce que l'art ou la nature y ont pourvu qu'on obtient, dans quelques cas, l'absorption des fluides épanchés, l'adhérence des parois du foyer entre elles, et partant la guérison. C'est dans ces vues que l'on secondera les efforts de la nature, en usant avec discernement des ressources générales de l'hygiène et de la thérapeutique. Ainsi on soumettra les malades à une diète lactée rigoureuse, ou bien on emploiera, suivant les besoins, d'autres alimens plus nourrissans ; les boissons seront douces et acides. D'un autre côté, on sollicitera les tendances aux crises par les sueurs, les crachats, les urines, en administrant intérieurement et extérieurement tout ce qui peut les exciter. On provoquera des sécrétions naturelles, ou même on en déterminera d'accidentelles avec des vésicatoires, des moxas et sétons, *loco dolenti.* Les embrocations, frictions sèches ou humides, fomentations émollientes ou opiacées, ne seront pas négligées. Si la douleur de côté est forte, si on soupçonne qu'une inflammation aiguë vient se enter sur la maladie chronique de la plèvre, il faut recourir à la saignée, et encore mieux aux applications de sangsues. On aura recours à l'opération dans le cas où l'épanchement s'est fait avec rapidité et fait craindre la suffocation. Alors mieux vaut opérer tout de suite, c'est-à-dire dans les quatre ou cinq premiers jours (suivant *Van-Swieten*), que d'attendre plus longtemps, parce qu'on a cru observer que moins on diffère l'opération, et plus on réunit de chances favorables à la guérison ; tandis

que, dans le cas contraire, on voit presque toujours les malades dépérir, et succomber à l'épuisement lent, mais continu, qu'entraîne cette affection lorsqu'elle est abandonnée à elle-même : *crescit eundo*. On opérera encore pour un cas de suffocation déterminé par la suppression subite de crachats purulens, si on obtient la conviction que leur source est dans la cavité de la plèvre. Enfin on n'agira pas différemment si la matière de l'épanchement s'est portée vers la circonférence, et cherche à se faire jour sur un des points des parois du thorax. Lorsqu'on a le choix de l'opération (opération d'élection), le lieu doit en être fixé rigoureusement à la partie la plus déclive de la poitrine, c'est-à-dire entre la neuvième et la dixième côte à gauche, entre la huitième et la neuvième côte à droite, en comptant de haut en bas. Dans les cas où on ne pourrait pas bien reconnaître les espaces intercostaux, mieux vaudrait s'exposer à ouvrir l'espace intercostal qui est au-dessus que celui qui est au-dessous; on ne ferait d'ailleurs que se conformer à l'avis de *Sabatier, Lassus,* de MM. *Pelletan* et *Richerand,* qui craignent que, en ouvrant plus bas, on n'intéresse les attaches du diaphragme, et qu'on ne pénètre dans l'abdomen. Lorsque les malades ont un embonpoint tel, qu'on ne peut reconnaître ni côtes, ni espaces intercostaux, on fait porter la main du côté affecté sur le sein opposé; on mesure quatre travers de doigts au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate (bien entendu que les doigts du malade seront la mesure de cette distance), et on fait l'incision en cet endroit vers la portion la plus arquée des côtes. On ne risque pas d'intéresser l'artère intercostale; d'ailleurs il en résultera cet avantage, que, le malade étant situé sur le côté, tous les fluides contenus dans la plèvre tendront à s'échapper par la partie la plus déclive. Le malade étant placé obliquement sur le bord de son lit, du côté qui correspond à la maladie, les jambes étant pendantes, le bras porté en avant, de manière qu'on puisse bien découvrir la partie moyenne de l'espace intercostal sur lequel on doit opérer, le chirurgien, après avoir relevé la peau, afin de détruire le parallé-

lisme entre l'ouverture externe et interne ; le chirurgien, dis-je, fait à la peau une incision d'un pouce ou un pouce et demi, oblique de haut en bas, et d'arrière en avant. Cette incision doit être faite à une égale distance du bord inférieur de la côte qui est au-dessus, et du bord supérieur de celle qui est au-dessous, afin de s'éloigner autant que possible des deux rameaux de l'artère intercostale. L'incision des tégumens étant faite, l'opérateur coupe ensuite les muscles qui se trouvent au-devant des espaces intercostaux (c'est ordinairement l'entre-croisement des fibres du grand dorsal avec le grand oblique au point de leur insertion). Passant ensuite aux muscles intercostaux, il les divise jusqu'à la plèvre, fait à celle-ci une légère ouverture, y introduit l'extrémité d'un bistouri boutonné, et achève d'inciser cette membrane, en ayant l'attention de lui donner un degré d'ouverture semblable à celui des tégumens. L'impossibilité de changer la direction de l'ouverture qu'on a à pratiquer sur l'espace intercostal a fait à juste titre abandonner la direction perpendiculaire que l'on donnait à celle des tégumens, afin d'obtenir une gouttière qui favorisât l'écoulement des matières épanchées. On n'y aura recours que dans le cas où l'individu sur lequel on opère aura beaucoup d'embonpoint. La plèvre ouverte, les liquides s'écoulent ordinairement au-dehors, à moins que des adhérences, des brides ou des flocons albumineux ne se présentent au passage. C'est alors le cas d'employer une sonde de femme, par exemple, qu'on introduit avec précaution, pour ne pas léser le poumon, et avec laquelle on parvient quelquefois jusqu'au foyer purulent ; mais il arrive aussi que le pus peut se faire jour de lui-même. On recommandera donc au malade de se coucher sur le côté affecté, et même on doit l'engager à tousser pour favoriser la sortie des matières épanchées. Si, en portant le doigt dans la plaie, on sent de la mollesse et la fluctuation du liquide que l'on cherche à évacuer, on ne doit pas balancer à lui donner issue avec la pointe d'un bistouri. Enfin, si aucun de ces moyens ne réussit, on peut, d'après l'avis de *Lassus*,

pratiquer une nouvelle incision dans un autre point. Doit-on vider le foyer en une seule fois ou à plusieurs reprises ? Le père de la médecine pensait que les malades étaient toujours la victime de ce dernier procédé, *omninò moriuntur*. Mais il s'en faut de beaucoup que la pratique soit d'accord avec cette sentence, et on connaît plusieurs exemples d'évacuation complète des liquides épanchés qui s'est faite sans accidens : tel est un cas rapporté par M. *Audouard* (de l'empyème, 1808). Telle est aussi l'histoire de Phalérus, rapportée par *Pline* le naturaliste (lib. 7, cap. 1), et cet autre fait dont je ne garantis pas l'authenticité.

« Un espagnol, après avoir parcouru les deux mondes à la « recherche de son ennemi, apprend enfin qu'il est dans une ville « du Mexique ; de longues années n'avaient point émoussé son « ressentiment. Il vole, arrive, pénètre dans le palais de son rival, « le trouve expirant dans son lit, et lui plonge un poignard dans « le sein : au lieu de sang, il en sortit du pus abondamment, et cet « écoulement rendit à la vie ce malheureux qui était sur le point « de la perdre par une collection purulente dans la poitrine. » Cette observation, qui est tout-à-fait semblable à celle de *Pline*, et que je me suis abstenu de rapporter parce qu'elle se trouve partout, prouve seulement qu'il peut exister dans la poitrine des collections de fluides purulens dont l'évacuation est sans aucun danger ; mais elle n'apprend pas, non plus que presque toutes celles de guérison de cette maladie, dans quel point gissait le fluide : aussi est-il presque impossible de dire rien de précis, rien de rigoureux, dans l'état actuel de la science, sur les dangers ou l'innocuité de l'opération, sur l'époque précise où elle doit être faite, etc., etc. ; ce qui rend parfaitement raison du désaccord qui règne parmi les auteurs touchant la matière que nous traitons.

Pansement. Aussitôt que les fluides purulens se sont écoulés, on abandonne à elles-mêmes les lèvres de la plaie. Le parallélisme

de l'ouverture externe avec l'interne cesse aussitôt. On les rapproche exactement, et on applique par-dessus un emplâtre agglutinatif. Elles sont ordinairement réunies dans douze, vingt-quatre heures, et quelquefois plus tôt. Si l'épanchement se reproduit, ce qui est le plus ordinaire, on fait une nouvelle incision, attendu qu'il y a ordinairement un assez long intervalle entre les deux opérations. Si on avait l'intention de maintenir béante l'ouverture, comme lorsqu'il y a communication du foyer avec les voies aériennes, on mettrait alors entre les lèvres de la division une mêche de linge effilé, préférable à la tente des anciens, ou on emploierait de préférence l'appareil ingénieux inventé par M. *Dupuytren*. Il a le double avantage de permettre continuellement l'écoulement du pus hors de la poitrine, et de s'opposer à l'issue de l'air dans l'intérieur de cette cavité (*Bogrom*, in-4.°, 1814, Thèse de la Faculté de méd. de Paris). Si on se sert de la mèche, on la fixera solidement au reste de l'appareil, qui se compose d'une pièce de linge criblée de trous, et enduite de cérat, de gâteaux de charpie, de compresses, et d'un bandage de corps soutenu par un scapulaire. Si on n'a pas le choix du lieu sur lequel doit être pratiquée l'opération (opération de nécessité), on ouvre alors partout où on les rencontre les abcès, développés du dehors au-dedans de la poitrine, et on se conduit pour le pansement comme nous l'avons dit dans le premier cas.

§. II. *Épanchement purulent dans le sac séreux du péricarde.*

Ce que nous avons dit des épanchemens purulens de la plèvre abrége beaucoup ce qui nous reste à dire de ceux du péricarde. Les causes nous paraissent les mêmes, ou, pour mieux dire, cette cause est unique, et dépend de l'inflammation du feuillet séreux du péricarde, qui s'est terminée par suppuration.

Symptômes. Ceux de la péricardite chronique et de l'épanchement qui l'accompagne sont tellement liés ensemble, que nous

avons cru à propos de les décrire en même temps; tels sont : douleur obstuse de la région du cœur qui a succédé à une douleur aiguë, vive et brûlante; battemens confus de l'organe circulatoire, comme s'il nageait dans un liquide; pouls petit, fréquent et irrégulier, mais toujours petit; ce dernier signe ne se rencontre dans aucune autre complication, pas même dans la pleurésie chronique: son mat dans la région précordiale, son développement, sa saillie dans le principe, et plus tard son affaissement. Je ne parle pas des autres symptômes, tels que toux sèche ou avec expectoration, respiration difficile, rougeur des joues, que l'on met quelquefois sur le compte de la péricardite, quoiqu'ils appartiennent évidemment à des complications. Il en est un cependant que je n'aurais pas dû passer sous silence, c'est la rougeur de la pommette gauche, observée par M. *Pinel.*

Le prognostic est toujours très-fâcheux : cependant il n'est pas impossible que les malades guérissent avec adhérence des surfaces séreuses. On trouve, dans la thèse de M. *Bouchard,* jeune médecin de cette école, d'un rare mérite, l'histoire d'un individu qui, à la suite du passage d'une roue de voiture sur la poitrine, eut une inflammation présumée du péricarde, suivie d'épanchement. Le malade guérit par les moyens appropriés, mais principalement par l'emploi d'un séton placé sur le côté gauche du thorax. Cet individu ayant succombé plus tard à une affection étrangère à celle-là, on trouva qu'il y avait eu en effet péricardite. Quant à la matière de l'épanchement, elle était dissipée presqu'en totalité, excepté dans quelques cellules formées par des brides celluleuses, où l'on en rencontrait encore un peu.

Le traitement consistera à favoriser ces adhérences, d'abord par tous les moyens capables de combattre l'inflammation, lorsqu'elle est trop intense pour s'opposer aux adhérences; ensuite par des dérivatifs puissans, soit sur les parties éloignées, soit dans le lieu même. C'est dans ces vues qu'on emploiera les vésicatoires, moxa et séton; mais surtout le dernier. M. *Bouchard* observe en effet

qu'un large vésicatoire, appliqué pendant huit jours sur la région précordiale, ne produisit aucun effet, et que l'amendement des symptômes ne data que du jour de l'application du séton. On secondera ces moyens externes par les boissons gommeuses, adoucissantes, acides, un régime convenable, etc.

Nous ne faisons ici mention de l'opération que pour rappeler qu'on a confondu souvent l'épanchement du péricarde avec celui qui se fait dans la plèvre, les médiastins, pour rappeler que la pleurésie complique souvent la péricardite, et que la masse albumineuse concrète et dense qui revêt le plus souvent tout le péricarde et le cœur ne peut être enlevé par aucun moyen connu. Nous pensons dès-lors que le silence absolu des faits sur l'emploi de la *paracentèse* du péricarde dans le traitement de l'épanchement purulent dans cette membrane autorise suffisamment à rejeter cette opération chirurgicale.

§. III. *Épanchement purulent dans le tissu cellulaire extérieur aux plèvres.*

Ces collections de pus dépendent, tantôt de l'inflammation du tissu cellulaire, tantôt de la caric d'un os voisin, tel que le sternum, les côtes ou la colonne vertébrale. On les rencontre, tantôt dans la partie antérieure du médiastin, ou à sa partie postérieure, tantôt entre la plèvre et les côtes. Le pus peut se rassembler en foyer dans le lieu même de sa formation, ou se porter au loin par la communication du tissu cellulaire de la poitrine avec les parties environnantes.

A. *Dans la partie antérieure du médiastin*, les symptômes qui précèdent sont, une douleur fixe et obtuse derrière le sternum, en suivant la direction de cet os, coucher douloureux dans tous les sens, plus supportable néanmoins antérieurement; plus tard, sentiment d'un poids sur le diaphragme; son mat dans la région du

sternum. Suivant *J. L. Petit*, les malades sentent une pesanteur sur la poitrine ; quand ils boivent ils perdent haleine, ne peuvent tousser sans douleur, et après la toux ils sont quelquefois haletans, comme quand on a fait une longue course. Lorsqu'un abcès placé dans la partie antérieure du médiastin a été reconnu, il faut lui donner issue avec le bistouri, s'il se montre sur un des côtés du sternum, ou autrement employer le trépan. Si le sternum est carié, il ne faut pas balancer à appliquer une ou plusieurs couronnes de trépan, suivant la nécessité. L'opération est plus effrayante pour les malades qu'elle n'est dangereuse ou douloureuse; on procédera ensuite au pansement. Pour cela, on remplira l'intérieur du foyer de boulettes de charpie, on mettra par-dessus des plumasseaux, des compresses, et le tout sera maintenu par un bandage de corps soutenu par un scapulaire. Si la suppuration devient très-abondante, on recommandera au malade de se coucher à plat ventre, afin qu'elle ne puisse pas croupir dans le foyer ; on pansera plusieurs fois par jour, on fera des injections détersives. Les parois du foyer se rapprocheront, contracteront adhérence, se confondront avec la division faite à l'os, et la guérison sera parfaite. C'est probablement un abcès de ce genre, compliqué d'un ulcère fistuleux au sternum, que *Galien* guérit en excisant une portion de côte correspondant à la base du cœur ; ce qui permit d'observer les mouvemens de cet organe. *Desault* parvint aussi à guérir un semblable abcès compliqué de trajets fistuleux sur les côtés du sternum, en opérant une ample dilatation des ulcères fistuleux, en excisant le cartilage de l'une des côtes, et en soulevant quelques portions d'os exfoliés sur la face médiastinique du sternum. J'ai été à même d'observer, il y a six ou sept ans, un cas d'abcès dans la partie antérieure du médiastin : il était produit par une carie du sternum si étendue, que tout l'os paraissait affecté. Le chirurgien qui traitait cette maladie, homme de beaucoup de sang-froid, et jaloux à l'excès de guérir tous les malades qui sont confiés à ses

soins, fut obligé d'abandonner celui-ci, après lui avoir perforé un grand nombre de fois le sternum avec le trépan.

B. *Dans la partie postérieure du médiastin*, les amas de pus qu'on trouve dans cette région dépendent souvent d'une carie de la colonne vertébrale, et doivent présenter les symptômes de cette maladie; douleur sourde et profonde plutôt qu'aiguë dans le dos, impossibilité de se courber en avant, douleur dans la station, soulagement dans la position horizontale; dans quelques cas, difficulté et impossibilité d'avaler. Lorsque les collections de pus sont formées, elles peuvent se porter en arrière le long de la colonne vertébrale, se montrer aux lombes ou aux aines, après avoir cheminé dans le tissu cellulaire qui parcourt la longueur de l'épine. Dans ce cas, il ne faut point faire l'ouverture de ces abcès, car elle est presque certainement suivie de la mort. Ce ne serait que dans le cas où la tumeur menacerait de s'ouvrir elle-même qu'il vaudrait mieux faire une ouverture avec l'instrument tranchant, en usant des précautions dont nous avons déjà parlé pour l'opération de l'empyème dans le lieu d'élection.

C. Les collections purulentes qui se forment *entre la plèvre et les côtes* dépendent également de la carie des os ou de l'inflammation du tissu cellulaire environnant. Ce sont ces abcès, qui ont été quelquefois, et peut être très-souvent pris pour des vomiques de la plèvre, ou pour de prétendus abcès enkystés du poumon, ainsi que quelques auteurs ont eu la bonne foi de l'avouer. Ce sont encore ces abcès qui guérissent souvent avec une si grande facilité, qu'ils ont fait dire que l'opération de l'empyème n'est pas dangereuse, qu'on la néglige trop, etc., etc. Le traitement est ordinairement assez simple : on ouvrira l'abcès lorsque la suppuration est bien établie, qu'elle se fait sentir à l'extérieur. Il n'est même pas besoin pour opérer d'attendre que le pus soit sur le point de se faire jour lui-même, on courrait le risque, ainsi qu'on en a un

grand nombre d'exemples, de voir ce liquide se diriger vers la substance pulmonaire : heureux encore s'il ne s'épanchait pas dans la cavité de la plèvre, ainsi que nous en avons rapporté un cas ! Lorsqu'il y a carie aux côtes, il en faut faire l'extirpation ; mais l'opération est délicate, et n'est pas exempte de dangers, surtout lorsqu'une ou plusieurs côtes sont affectées et que la plèvre est malade. Une opération de ce genre exécutée naguère par M. *Richerand*, assisté de M. *Dupuytren*, doit servir de modèle : elle montre tout ce qu'on peut tenter dans une pareille circonstance.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*Edente* LORRY).

I.

Qui ex morbo laterali suppurati fiunt, si intra dies quadraginta ex quo ruptio facta est repurgentur, liberantur; alioqui in tabem transeunt. *Lib.* 5, *aph.* 15. (FOES.)

II.

In morbo diuturno appetitus prostratus et meracæ dejectiones, malum. *Sect.* 7, *aph.* 6.

III.

A tumoris intùs ruptione, exsolutio, vomitus et animi deliquium fit. *Ibid.*, *aph.* 8.

IV.

A sanguinis sputo puris sputum, malum. *Ibid.*, *aph.* 15.

V.

A puris sputo tabes et fluxus, malum. Postquàm verò sputum retinetur, moriuntur. *Ibid.*, *aph.* 16.

VI.

Ex morbo diuturno alvi defluxus, malum. *Sect.* 5, *aph.* 5.